

支給決定決議書	総額	円	決裁年月日	年	月	日
	本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
	健保負担	円				
	支払年月日	令和	年	月	日	

健康保険 主婦検診補助金申請書(被扶養者)

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 4 年 10 月 1 日

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	111 - 99999	被保険者の氏名・印	フリガナ ニッポン タロウ 日本 太郎	
	被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社		
		所在地	東京都千代田区神田駿河台4-6		
		所属	●●●●●	電話番号	000-000-0000

受 診 者	氏名	フリガナ ニッポン ハナコ 日本 花子	続柄	妻	
	生年月日	昭・平 ●●年●●月●●日(●●歳)	電話番号	000-000-0000	
診 者	医療機関	名称	日本病院		
		所在地	東京都●●●●●1-1-1		
者	受診日	7 月 8 日 (金)	費用総額	17,500 円	
	検診項目 (受診項目に○印)	<input type="radio"/> 身長・体重・視力・聴力・血圧・尿	胃部X線間接撮影(35歳以上)		
		<input type="radio"/> 腹囲(40歳以上)	ABC健診(5歳刻み。下一桁が0か5の歳)		
		<input type="radio"/> 胸部X線間接撮影	便潜血検査(2回法)		
		<input type="radio"/> 血液検査	<input type="radio"/>	乳がん検診(マンモ又はエコー)	
<input type="radio"/> 心電図(安静時12誘導)		<input type="radio"/>	子宮頸がん検診(細胞採取)		

振込先 (退職者のみ記載)	銀行	支店	普・当	口座番号	フリガナ 名義
------------------	----	----	-----	------	------------

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 4 年 10 月 1 日				
	被保険者住所 (申請者) 氏名	●●●●●●●●1-2-3 日本 太郎			
	代理人所在地 (事業主) 名称				

注意事項)

- ・健保補助額の上限 35歳未満の配偶者…15,000円 35歳以上の配偶者…25,000円
- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。
- ・健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合は、申請対象外。
- ・事業所で実施している主婦健診に参加された方は、申請対象外。
- ・人間ドック、特定健康診査の補助金を申請された方は、申請対象外。
- ・健診案内冊子(ハピルス健診サイト)で受診された方は申請対象外。その中で受診してください。

受付印